



BEPALING MACRO-DEELBEDRAGEN 2012

1 Inleiding

In deze notitie worden berekeningen gepresenteerd die ten grondslag liggen aan de bedragen die zijn opgenomen in de wijziging van hoofdstuk 3 van de (ministeriële) regeling Zorgverzekering.

In de risicoverevening 2012 wordt gewerkt met vijf verschillende macrodeelbedragen. Er vindt binnen de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg echter vervolgens nog een splitsing in twee deelbedragen plaats. Voor de bepaling van het macroprestatiebedrag (MPB) wordt dan ook uitgegaan van zes deelbedragen:

1. kosten van DBC-zorgproducten in het vrije segment (voorheen b-dbc's);
2. variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;
3. vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
4. kosten van overige prestaties.¹ ;
5. kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar;
6. kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

De macro-deelbedragen worden verdeeld over de individuele zorgverzekeraars. De vereveningsbijdrage aan een individuele zorgverzekeraar bestaat uit de som van de zes toegekende deelbedragen minus de inkomsten uit de rekenpremie en de financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico.

Deze notitie is als volgt opgebouwd. Allereerst wordt aandacht geschonken aan de vaststelling van het totale (ex ante) macro-prestatiebedrag voor 2012 (paragraaf 2). Het macro-prestatiebedrag bestaat de facto uit de somming van het Zwv-deel van de kostenramingen voor de afzonderlijke Zwv-prestaties.

Uit de opstelling in paragraaf 2 volgt de hoogte van het macro-deelbedrag voor kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voordat dit is toegewezen aan een macro-deelbedrag. Deze kosten worden aan macro-deelbedragen toegerekend op een andere wijze dan de splitsing zoals deze tot en met 2011 werd toegepast. Deze methodiek en de toepassing is opgenomen in hoofdstuk 3.

Zorgverzekeraars ontvangen slechts een deel van het macro-prestatiebedrag uit het zorgverzekeringsfonds. De hoogte van de beschikbare middelen uit het zorgverzekeringsfonds wordt berekend via de zogenoemde 50/50-regeling. In paragraaf 4 is een cijfermatige toelichting opgenomen.

¹ Sinds 2011 wordt er geen verdere onderverdeling meer gemaakt binnen de 'kosten van overige prestaties'. Hiermee worden -net als voor de overige deelbedragen- het MPB en de normbedragen op het niveau van het deelbedrag berekend. Voor de nauwkeurigheid in de berekeningen van de normbedragen vindt ophoging naar het MPB nog wel op het niveau van de deelprestaties (i.c. huisartsenhulp, tandheelkundige hulp, paramedische hulp, verloskundige hulp, kraamzorg, ziekenvervoer, farmaceutische hulp en hulpmiddelen) plaats.

2 Het macro-prestatiebedrag Zvw 2012

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen die zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2012. De basis wordt gevormd door de Zvw-gefinancierde uitgaven 2012. Deze kostenramingen zijn gebaseerd op berekeningen van het Centraal Planbureau. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden.

In de eerste plaats zijn aan de begroting vermelde bedragen de verschillende nominale bijstellingen en groeiruiten toegerekend aan de verschillende (deel)prestaties. Deze extra middelen (circa € 1 568 miljoen) zijn als (onverdeelde) aanvullende post opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2012.

In de tweede plaats is een bedrag voor ziekenvervoer tussen ziekenhuizen overgeboekt van kosten ziekenhuisverpleging naar ambulancevervoer (circa € 21 miljoen).

Als derde is in de begroting 2012 een raming voor de kosten buitenland opgenomen. Relevant voor het macro-prestatiebedrag zijn grensoverschrijdende zorg, zorgkosten in het buitenland van grensarbeiders en kosten van tijdelijk verblijf (circa € 328 miljoen). Aangezien niet goed bekend is om wat voor zorg het gaat is besloten de kosten te verdelen naar alle deelbedragen. Daarnaast zijn er kosten buitenland die direct met het Zorgverzekeringsfonds worden verrekend. Deze vallen buiten het MPB.

Als laatste heeft er een splitsing plaats gehad van de kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar en verzekerden van achttien jaar en ouder. In de kosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar zijn de volledige kosten van dyslexie opgenomen. De splitsing heeft plaats gevonden op basis van gegevens van de NZa over 2011. Voor de jeugdpsychiatrie is het aandeel in de kosten op 15,27% van de totale kosten curatieve geestelijke gezondheidszorg gezet.

Het door de minister van VWS vastgestelde macro-prestatiebedrag voor 2012 bedraagt na bovenstaande bewerkingen € 35 634,0 miljoen (bron: VWS-begroting 2012, bijlage 4.1 Financieel beeld zorg, tabel 6, exploitatie en premiestelling Zvw). Het verschil met het bedrag in de begroting bedraagt € 1,5 mln. Dit betreft de groeiruite voor de academische component die abusievelijk in de genoemde tabel 6 van de begroting is opgenomen.

Tabel 1: Opbouw macro-prestatiebedrag 2012 (in € miljoenen)

Onderdelen	
Instellingen voor medisch specialistische zorg	17 462,7
Vrijgevestigde specialistische hulp	2 170,7
Totaal ziekenhuisverpleging en specialistische hulp *)	19 633,3
Totaal overige prestaties *)	12 138,9
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 18+	3 218,9
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kinder en jeugd	642,9
Totaal geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3 861,7
Macro-prestatiebedrag	35 634,0

*) In deze tabel vallen de kosten voor eerstelijnsdiagnostiek onder ziekenhuisverpleging en specialistische hulp. Deze worden hierna overgeheveld naar overige prestaties.

3. De toedeling van de kosten voor ziekenhuisverpleging en specialistische hulp naar macrodeelbedragen

In het macro-prestatiebedrag worden macro-deelbedragen onderscheiden die betrekking hebben op kosten van ziekenhuiszorg. Vanwege het vervallen van de budgetsystematiek voor vrijwel alle type ziekenhuizen is gekozen om per 2012 over te gaan op een andere wijze van onderverdeling van ziekenhuiskosten naar de diverse deelbedragen dan tot en met 2011 gebeurde.

De toedeling vindt in 2012 als volgt plaats:

- De beschikbaarheidsbijdragen worden buiten de risicoverevening en MPB gehouden.
- Voor long/astma en epilepsie-instellingen, waar in 2012 nog een budgetsystematiek geldt, wordt de vast variabel systematiek zoals deze in 2011 gold, gehandhaafd.
- De tarieven voor DOT/DBC-zorgproducten in het vrije segment vallen onder het deelbedrag kosten DBC-zorgproducten in het vrije segment (voorheen: kosten van B-dbc's).
- De tarieven voor DOT/DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment worden gesplitst in de verhouding 75% variabel en 25% vast voor het kostendeel. De honoraria voor medisch specialisten zijn 100% variabel.
- De tarieven voor expertproducten zullen in 2012 onder het deelbedrag vaste kosten vallen.
- De tarieven voor add-ons voor intramurale (dure) geneesmiddelen en IC zullen in 2012 onder het deelbedrag vaste kosten vallen.
- De tarieven voor overige verrichtingen betreffende hemostatica (stollingsmiddelen) zullen in 2012 onder het deelbedrag vaste kosten vallen.
- De tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek vallen per 2012 onder de overige prestaties.
- De overige tarieven voor overige trajecten, overige producten, ondersteunende producten en overige verrichtingen zullen voor 100% onder het deelbedrag variabele kosten vallen.

Beschikbaarheidsbijdrage

Binnen de totale raming van de ziekenhuiskosten wordt eerst een raming gemaakt van de kosten die gepaard gaan met de beschikbaarheidsbijdragen. Deze kosten worden vanaf 2012 rechtstreeks aan ziekenhuizen betaald vanuit het zorgverzekeringsfonds. Een dergelijke betalingswijze was er de facto in 2011 al voor de academische component. Per 2012 komt er een formeel instrument binnen de WMG, waarmee een aantal kostenposten binnen de ziekenhuiszorg die niet in de tarieven per verzekerde opgenomen kunnen worden, rechtstreeks betaald gaan worden.

De beschikbaarheidsbijdrage betreft per 2012, naast de academische component, ook de donoruitnameteams, calamiteitenhospitaal, helikoptervoorzieningen voor traumazorg, het ontwikkelen van de kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten)zorg en het opleiden trainen en oefenen ten behoeve van rampen, en de (meer-)kosten van de spoedeisende hulp, traumazorg en brandwondenzorg².

Deze kosten zijn in 2011 nog opgenomen in de tarieven en vielen binnen het MPB. Per 2012 wordt het MPB geschoond voor deze kosten. De kosten voor de academische component vielen in 2011 al buiten het MPB en hiervoor dus niet hoeft te worden geschoond. De omvang van deze kosten (excl. academische component) is berekend op ca. 70 mln.³

Long/astma- en epilepsieklinieken

Voor een beperkt aantal instellingstypen op het gebied van de curatieve somatische zorg, te weten de long/astma- en epilepsieklinieken, vervalt de budgetsystematiek nog niet per 2012. De totale kosten voor deze twee sectoren kunnen in 2012 geraamd worden op ca 100 mln⁴.

Hiervoor blijft de in 2011 geldende systematiek voor het vaststellen van de vast variabel verhouding ook in 2012 gelden. Aangezien deze instellingen per 2012 DBC's (gaan) declareren, wordt hier uitgegaan van de verdeling dat 75 procent van de kosten als variabel wordt aangemerkt en 25 procent als vast.

Vervolgens vindt de toedeling plaats van de kosten van naar de diverse deelbedragen, te weten maar vaste ziekenhuiskosten, variabele ziekenhuiskosten, kosten van DBC-zorgproducten in het vrije segment (voorheen deelbedrag "kosten van B-DBC's") en overige prestaties, voor die instellingen die overgaan op prestatiebekostiging. Voor de omvang van de diverse kosten wordt zoveel

² Overigens worden de kosten voor opleidingen naar verwachting per 2013 ook via de beschikbaarheidsbijdrage gefinancierd. Deze vallen nu echter ook al buiten het MPB, omdat deze via de begroting worden betaald. De kosten voor de overgangsregeling kapitaallasten vallen in 2012 ook (nog) niet binnen de beschikbaarheidsbijdrage.

³ <http://www.nza.nl/104107/138040/Verantwoordingsdocument-implementatie-prestatiebekostiging-medisch-specialistische-zorg.pdf>, http://www.nza.nl/104107/105763/211409/Verantwoordingsdocument_invoering_prestatieb_kostiging_medisch_specialistische_zorg.pdf en diverse beleidsregels (oa BR/CU-2038). Deze kosten zijn dus al niet meer opgenomen in tabel 1.

⁴ Vanuit budgetinformatie NZa over 2011: longastma 51 mln. en epilepsie 45 mln. Deze kosten zijn buiten de hierna gehanteerde percentages voor de omvang van vrije segment, gereguleerde segment en overige zorgproducten gehouden.

mogelijk uitgegaan van de percentages zoals opgenomen in het rapport 'Definitieve beoordeling DOT' van juni 2011⁵.

Eerstelijnsdiagnostiek

De kosten van de eerstelijnsdiagnostiek binnen de ziekenhuizen en eerstelijnsdiagnostische centra vormen onderdeel van de overige zorgproducten. De kosten van deze zorg binnen de ziekenhuizen bedragen ca. 3,9%⁶ van de totale ziekenhuiskosten. Deze kosten worden toegeedeeld aan het deelbedrag overige prestaties.

Expertproducten

In 2012 zullen er expertproducten worden gedeclareerd. Deze expertproducten zijn specifieke DBC-zorgproducten en kunnen zowel in het vrije als in het gereguleerde segment vallen. De omvang van deze kosten bedraagt ruim 60 mln⁷, waarvan enkele miljoenen toe te rekenen zijn aan het vrije segment. Deze kosten worden in 2012 als vaste ziekenhuiskosten aangemerkt.

DBC-zorgproducten in het vrije segment

De kosten voor de DBC-zorgproducten met vrije prijsvorming, voorheen het B-segment genoemd, worden aangemerkt als kosten van DBC-zorgproducten in het vrije segment. Het vrije segment bedraagt circa 70% van de totale productie van zorgproducten, bestaande uit de omzet van DBC-zorgproducten in het vrije en gereguleerde segment en de overige zorgproducten (add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen en intensive care, overige producten, ondersteunende producten, overige trajecten en overige verrichtingen). In 2011 vielen de kosten van de over te hevelen tnf alfa remmers nog buiten de productie van het ziekenhuis. Rekening houdend met deze kosten en de kosten van longastma en epilepsieklinieken, resulteert een percentage van DBC-zorgproducten in het vrije segment als deel van de totale kosten ziekenhuisverpleging en medisch specialistische zorg van ca. 68%.

Gereguleerde segment

Een splitsing naar vast en variabel betreft uitsluitend het gereguleerde segment (voorheen A-segment). Dit is het segment waar maximumtarieven gelden, maar waar per 2012 geen sprake meer is van een budgetsystematiek. Hieronder valt onder andere het merendeel van de WBMV-verrichtingen.

De omvang van het gereguleerde segment is circa 13% van de ziekenhuiszorg. Rekening houdend met de buiten de in 2011 nog buiten de totale productie vallende over te hevelen tnf alfa remmers en de kosten van longastma en epilepsieklinieken, resulteert een percentage van ca 12%.

⁵ http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport_Definitieve_beoordeling_DOT.pdf pagina 12

⁶ Op basis van 'Conversie en toedeling kosten ziekenhuiszorg 2009 tbv Overall toets 2012 pag. 28 WOR 571. In dit overzicht zijn add-ons en expertproducten niet meegenomen. Percentages zijn berekend door indexatie van het bedrag naar niveau 2012, rekening houdend met dekking in het onderzoek van 97%.

⁷ <http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/282263/Eindrapportage-impactanalyse-ziekenhuiskostendeel-DOT.pdf> pagina 21, en raming NZa.

Aandachtspunt is dat de kosten van specialisten in loondienst zijn inbegrepen in deze kosten ziekenhuisverpleging. De totale omvang van specialisten in loondienst kan voor 2012 op ruim 400 mln berekend worden. Het honorariumdeel van het gereguleerde segment wordt berekend door het percentage van het gereguleerde segment van de totale specialistenkosten te nemen.

Het kostendeel wordt gesplitst in de verhouding 75% variabel en 25% vast, het honorariumdeel is 100% variabel.

Overige zorgproducten

De totale omvang van de post overige zorgproducten bedraagt circa 17% van de ziekenhuiskosten.

De tarieven voor add-ons worden geheel toegerekend aan vaste kosten. Dit betreft zowel de kosten voor dure geneesmiddelen (inclusief hemostatica/bloedstollingspreparaten⁸ en weesgeneesmiddelen, exclusief de overgehevelde tnf alfa remmers) als de add-ons voor IC. De omvang van de add-ons en overig zorgproduct hemostatica/stollingsmiddelen is geraamd op ca. 7,2%⁹ binnen de 17% overige zorgproducten.

Overige producten, overige trajecten, overige verrichtingen en ondersteunende producten (voor zover declarabel) worden voor 100% toegerekend aan variabele ziekenhuiskosten. Rekening houdend met de uitzondering betreffende de eerstelijnsdiagnostiek (zie hiervoor), die circa 4,0%¹⁰ vormt binnen de 17% overige zorgproducten, en de add-ons/hemostatica, (zie hiervoor), resteert circa 5,8% als resterende overige producten, trajecten, verrichtingen en ondersteunende producten.

Voor de berekening van de totale omvang van de add-ons/hemostatica voor 2012 dienen de kosten van de over te hevelen tnf alfaremmers nog te worden opgeteld bij de hiervoor berekende 7,2%. In totaliteit zullen de kosten dan op ca 9,4% van de totale kosten voor ziekenhuisverpleging en specialistische hulp uitkomen.¹¹

⁸ Hemostatica/stollingsmiddelen zullen per 2012 als overige verrichting worden gedeclareerd. Deze kosten vielen tot 2012 onder de dure en weesgeneesmiddelen en zullen voor 2012 dan ook conform worden behandeld, nl. tot de vaste kosten gerekend.

⁹ Op basis van budgetcijfers ruim 700 mln voor dure geneesmiddelen (circa 470 mln met budgetvergoeding 80% en ruim 200 mln met 100% budgetvergoeding) (3,7%). Voor IC is uitgegaan van 'Conversie en toedeling kosten ziekenhuiscare 2009 tbv Overall toets 2012' pag. 28 WOR 571. Percentage is berekend door indexatie van het bedrag naar niveau 2012, rekening houdend met dekking in het onderzoek van 97%. Dit leidt tot een percentage van 3,5%.

Tesamen vormen deze kosten ca 7,2% binnen de overige zorgproducten. Over te hevelen tnf alfa remmers zijn buiten deze percentages gehouden.

¹⁰ In deze 4% is geen rekening gehouden met het macrobedrag van de over te hevelen tnf alfa remmers. In de 3,9% die in eerdere paragraaf is opgenomen, is hier wél rekening mee gehouden. Hierdoor worden de totale ziekenhuiskosten hoger en dus komt het percentage 0,1 lager uit.

¹¹ Voor de over te hevelen kosten wordt rekening gehouden met 450 mln. conform de begroting van VWS.

Overig

Een aandachtspunt betreffen de kapitaallasten. De overgangsregeling kapitaallasten blijft van kracht en maakt geen deel uit van het transitiemodel prestatiebekostiging. De kosten die hiermee gepaard gaan worden wel berekend en verrekend na vaststelling van het verrekenbedrag.

Totaaloverzicht ziekenhuiskosten

Aan de hand van deze percentages en cijfers en de macro-raming voor het jaar 2012 van de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialisten in loondienst is de macro-omvang van de vaste en variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van zorgproducten in het vrije segment voor het jaar 2012 geraamd. Tevens wordt een deel van de kosten van ziekenhuizen toegerekend aan overige prestaties in onderstaand overzicht.

Tabel 2: Kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp toegedeeld aan deelbedragen (in € miljoenen)

Kosten ziekenhuiszorg	Percentage	Toegerekend aan deelbedragen			
		Overige prestaties	Kosten vrije segment	Variabele ziekenhuis-kosten	Vaste ziekenhuis-kosten
Long/astma- en epilepsieklinieken	0,5%	760		75	25
Eerstelijnsdiagnostiek	3,9%			61	
Expertproducten	0,3%				
Gereguleerde segment	12,4%				
- Specialisten				312	
- Kosten				1583	527
Add-ons (incl hemostatica)	9,4%			1851	
Overige zorgproducten	5,6%		1092		
Vrije segment	68,0%		13346		
Totaal	19633	760	13346	3062	2465

4 De beschikbare middelen

De in paragraaf 3 gepresenteerde berekeningen hebben betrekking op het macro-prestatiebedrag Zvw voor 2012. Zorgverzekeraars ontvangen slechts een deel van het macro-prestatiebedrag uit het zorgverzekeringsfonds. De hoogte van de beschikbare middelen uit het zorgverzekeringsfonds wordt berekend via de zogenoemde 50/50-regeling. Deze regeling houdt in dat werkgevers voor werknemers een inkomensafhankelijke bijdrage betalen aan het zorgverzekeringsfonds ter hoogte van in totaal vijftig procent van de macropremielast. Het totaal aan beschikbare middelen in het zorgverzekeringsfonds is dan gelijk aan de totale inkomsten van het zorgverzekeringsfonds, te weten de werkgeversbijdrage en een rijksbijdrage ter

financiering van de premie van kinderen tot 18 jaar. In praktijk blijkt dat in totaal ongeveer 55 procent van de totale zorgkosten wordt gefinancierd uit de beschikbare middelen in het zorgverzekeringsfonds. Het resterende deel wordt gefinancierd uit de premie-inkomsten van de zorgverzekeraars. De beschikbare middelen uit het zorgverzekeringsfonds kunnen dus worden herleid door de geraamde opbrengsten van nominale rekenpremie op het totale macro-prestatiebedrag in mindering te brengen.

De nominale rekenpremie is in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgesteld op (afgerond) € 1050 (bron: VWS-begroting 2012, bijlage 4, tabel 7, premieoverzicht).

Bij de berekening van de beschikbare middelen is voorts uitgegaan van de verzekerdenraming conform de begroting 2012 (16 793 duizend). Het geraamde aantal premie-equivalenten bedraagt 13 310 duizend. Het verschil tussen het aantal verzekerden en het aantal premie-equivalenten wordt veroorzaakt door kinderen tot 18 jaar en gedetineerden die geen premie verschuldigd zijn. Voor de gedetineerden (ca 11.000) wordt wel een vereveningsbijdrage toegekend aan verzekeraars.

Door de nominale rekenpremie te vermenigvuldigen met het aantal premie-equivalenten resulteert een raming van de opbrengsten uit nominale premies van € 13 975,5 miljoen (bron: VWS-begroting 2012, bijlage 4.1 Financieel beeld zorg, tabel 6, exploitatie en premiestelling Zvw).

Verder wordt bij de bepaling van de beschikbare middelen rekening gehouden met de financieringsverschuiving als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico van € 1 968,7 miljoen (bron: VWS-begroting 2012, bijlage 4.1 Financieel beeld zorg, tabel 6, exploitatie en premiestelling Zvw).

In totaal zijn, rekening houdend met boven genoemde bedragen, de ex ante beschikbare middelen € 19 689,9 miljoen.^{12 13}

Tabel 3 geeft een overzicht van de berekening van de ex ante beschikbare middelen. Hier bovenop komen nog middelen ter compensatie van de uitvoeringskosten van de zorgverzekering van verzekerden onder de 18 jaar die geen nominale premie verschuldigd zijn.

¹² Dit bedrag is € 1,5 mln lager dan het bedrag in tabel 6 van de begroting. De verklaring voor dit verschil betreft de groeiruimte voor de academische component (zie hoofdstuk 2)

¹³ Door afronding ontstaat een verschil van € 0,1 mln.

Tabel 3: Macro-prestatiebedrag Zvw 2012 (in € miljoenen)

	Totaal
Macro-prestatiebedrag	35 634,0
- Kosten van DBC-zorgproducten in het vrije segment	13 346,4
- Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten specialistische hulp	3 062,1
- Vaste kosten van ziekenhuisverpleging	2 464,9
- Kosten van overige prestaties	12 898,8
- Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 18+	3 218,9
- Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kinder en jeugd	642,9
Af: Opbrengsten nominale rekenpremie	13 975,5
Af: Financieringsverschuiving als gevolg van het verplichte eigen risico	<u>1 968,7</u>
Beschikbare middelen	19 689,9

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
september 2011